

Traitements courts.

Emmanuel Grimprel

Hôpital Armand Trousseau, Paris, Sorbonne Université, Paris

Définir les durées optimales de traitement antibiotique au cours des infections en pédiatrie est souvent difficile car les études cliniques sont souvent rares, parfois absentes pour beaucoup de situations. Les recommandations, lorsqu'elles existent sont très variables en termes de durée selon les différentes sources et selon les pays. Elles sont souvent basées sur des avis d'experts, des expériences cliniques avec des suivis de cohorte parfois, ou simplement des habitudes sans réel regard critique.

Il semble toutefois indispensable d'optimiser et notamment de réduire la durée d'antibiothérapie, dans les infections communautaires afin de réduire la fréquence des effets secondaires et l'impact écologique sur le microbiome intestinal ou muqueux. Cet objectif s'applique également aux infections jugées plus sévères. Or, la crainte de l'échec et des complications sur un terrain vulnérable conduit souvent le clinicien à poursuivre l'antibiothérapie au-delà d'une durée raisonnable ou recommandée. Cela est particulièrement vrai lorsque le tableau n'a pas de certitude diagnostique comme cela est parfois le cas en réanimation ou chez l'immunodéprimé ou lorsque la documentation microbiologique manque, mais cela est également nécessaire dans des situations mieux documentées.

Les études pédiatriques existent pour certaines pathologies infectieuses communautaires comme les angines, les otites moyennes aiguës purulentes et les pneumopathies aiguës non compliquées et des durées de traitement raccourcies ont pu être selon les situations recommandées : 5 jours pour les angines streptococciques et les pneumopathies, mais 10 jours pour les otites moyennes aiguës purulentes avant 2 ans.

Pour les infections ostéoarticulaires, la littérature est suffisamment abondante et précise pour permettre de réduire le traitement à 10 à 15 jours pour les arthrites septiques non compliquées et à 21 jours pour les ostéomyélites unifocales non compliquées sous réserve d'une évolution clinique rapidement favorable. Il est par contre plus difficile de trancher pour des formes les plus sévères avec sécrétion de Leucocidine de Panton et Valentine et les infections multifocales d'emblée ou celles qui s'accompagnent d'un sepsis clinique.

En ce qui concerne les méningites bactériennes, ici encore, les durées recommandées d'antibiothérapie sont très variables selon les sources. Par exemple une méningite à méningocoque pourrait être traitée 3 jours, 5 jours, voire 7 jours selon les différentes recommandations. Le consensus est plus solide pour les infections à *Haemophilus influenzae* b avec 7 jours. Quant aux méningites à pneumocoque, ici encore, il existe une variation dans les recommandations entre 7 et 14 jours.

Quelques dernières études sur les neutropénies fébriles chez l'enfant montrent que lorsque la fièvre est isolée avec des sujets à bas risque infectieux et négativité des prélèvements

bactériologiques, un arrêt précoce à J3 ou dès la normalisation de la température est possible sans risque de complication.

En conclusion, un effort doit pouvoir être conduit pour réduire la durée des antibiothérapies y compris dans les infections sévères en s'aidant de la lecture critique de la littérature et de la réalisation d'études de suivi de cohortes voire comparatives, même en pédiatrie.

L'analyse attentive de l'évolution clinique et l'utilisations des marqueurs inflammatoires devrait permettre là encore de réduire voire d'arrêter plus précocement nos traitements.

D'une façon générale, la réduction de la durée des antibiothérapies passe avant tout par le respect des durées déjà recommandées et par le développement de la culture du Step-Down pour instaurer un relais oral mais aussi pour l'arrêt complet de l'antibiothérapie mais aussi par la révélation systématique des prescriptions grâce au Stewardship mené par les équipes ou les référents hospitaliers en infectiologie qui permet de réévaluer la pertinence de nos traitements de façon systématique à 48 heures et éventuellement son adaptation, puis à nouveau au bout de 5 à 7 jours. Il semble qu'au-delà de 7 jours le prolongement d'un traitement impose une réévaluation par un médecin senior voir d'un infectiologue. Cette dernière recommandation fait partie des suggestions du programme de prévention des infections associées aux soins de santé et figure également dans le rapport antibiotiques 2016.

Références :

1. Kozyrskyj A, et al. Cochrane Database Syst Rev 2010 ; (9) : CD001095.
2. Cohen R, Levy C, Chalumeau M. N Engl J Med. 2017 Mar 30;376(13) : e24
3. Greenberg D, et al. Pediatr Infect Dis J 2014 ; 33(2) : 136–42.
4. Peltola H. et al. Pediatr Infect Dis J ; 29 : 1123-28.
5. Lorrot M et al. Arch Pediatr 2011 ; 18 : 1016-18.
6. Winterberg C et al. Med Mal Infect 2017 ; 47 : 92-141.